

Dados do Participante  Preenchimento obrigatório.

Nome Completo	CPF (somente números)
---------------	-----------------------

Dados da Entidade Receptora

Icatu fundo Multipatrocinado - IcatuFMP, entidade fechada de previdência complementar, inscrita no CNPJ sob o Nº 01.129.017/0001-06, com sede na Avenida Oscar Niemeyer, 2000, - Porto Maravilha, Rio de Janeiro - RJ - CEP 20.220-297, administradora do

Plano _____, registrado no CNPB sob o

Nº _____.

DECLARAÇÃO

Em atendimento aos termos do inciso 10º do artigo 4º da Instrução conjunta Susep/Previc de nº 001 de 14/11/2014, a Entidade Receptora Icatu Fundo Multipatrocinado – IcatuFMP, concorda em recepcionar os recursos financeiros portados pelo participante e creditá-lo em seu saldo de conta.

O IcatuFMP se compromete a tratar os dados informados neste termo em conformidade com toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados.

Local: _____ Data: ____/____/____

 _____
Entidade Receptora